

Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg
Commissie Modernisering Eerste Lijn
13 mei 2002

Utrecht, 13 mei 2002

Inhoudsopgave

- 1 Inleiding 1
- 2 Urgentie 2
- 3 Uitgangspunten 5
- 4 Perspectief 6
- 4.1 Hoofdlijnen 6
- 4.2 Voorwaarden voor een geïntegreerde eerste lijn 8
- 5 Acties 10

Bijlagen

- 1. Samenstelling commissie Modernisering Eerste Lijn
- 2. Indeling patiëntengroepen en zorgvormen
- 3. Vraaggerichte zorg
- 4. Praktijkschets van zorgfuncties

1 Inleiding

In de periode maart-april 2002 heeft de commissie Modernisering Eerste Lijn zich gebogen over de toekomst van de eerstelijnsgezondheidszorg. De commissie was ingesteld op initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De commissie bestond uit een vertegenwoordiging van de LHV, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en ZN -als leden van de commissie- de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en het ministerie van VWS -als waarnemers- en een onafhankelijk voorzitter. De samenstelling van de commissie is opgenomen in bijlage 1.

De commissie had als opdracht het ontwikkelen van een bondige en tijdig voor de kabinetsformatie beschikbare gezamenlijke visie van de LHV, het NHG en ZN op de toekomstige vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het door de commissie ontwikkelde perspectief op de eerstelijnsgezondheidszorg wordt aangereikt als bouwsteen voor het volgende regeerakkoord en als richting voor de nadere uitwerking van de modernisering van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De voorliggende rapportage bevat de bevindingen van de commissie Modernisering Eerste Lijn. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de urgentie van een heroriëntatie op de eerste lijn. Vervolgens worden de uitgangspunten voor het perspectief op de toekomstige eerste lijn geformuleerd (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 wordt het perspectief op de eerste lijn gepresenteerd, waarna de rapportage wordt afgesloten met concrete actiepunten (hoofdstuk 5). In de bijlagen 2 tot en met 4 worden enkele onderwerpen nader toegelicht.

2 Urgentie

In de eerstelijnsgezondheidszorg doet zich een aantal ontwikkelingen voor die vragen om een nieuw perspectief op de vormgeving van deze zorg. Het huidige concept, waarin de betrokken zorgverleners relatief onafhankelijk van elkaar kunnen opereren, is niet langer houdbaar.

In de ogen van de commissie wordt de urgentie van een nieuw eerstelijnspectief met name bepaald door:

- de roep van patiënten om een betere afstemming en continuïteit van zorg, hetgeen onder andere bereikt kan worden door een betere inzet van de mogelijkheden op het gebied van informatie- en communicatietechnologie (ICT)
- de stijgende zorgvraag, die bovendien steeds complexer wordt
- de groeiende (ervaren) werkdruk onder zorgverleners (zo is er bijvoorbeeld sprake van een toenemend beroep op huisartsenzorg, intensivering van de contacten met mondige patiënten, een toegenomen bewerkelijkheid en een toenemende contactfrequentie)
- een acuut dan wel dreigend capaciteitstekort bij diverse beroepsgroepen (onder andere verloskundigen, praktijkverpleegkundigen, kraamverzorgenden en thuishulp). Dit leidt onder andere tot wachtlijsten en problemen in de contractering van zorg door verzekeraars ('witte vlekken'). Met name in de huisartsenzorg dreigt de continuïteit in gevaar te komen (er wordt rekening gehouden met een tekort van 20% in de komende jaren, zelfs met een maximale opleidingscapaciteit).

De bovenstaande punten leveren bij ongewijzigd beleid onherroepelijk problemen op in de kwaliteit (in brede zin) en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Als er nu niet wordt ingegrepen dan zullen binnenkort in grote delen van het land eerstelijnsvoorzieningen niet meer beschikbaar zijn terwijl ziekenhuizen en andere tweedelijns voorzieningen dit tekort onmogelijk kunnen opvangen.

Maar er is meer aan de hand. Ook los van deze punten, bestaat er bij de verschillende betrokkenen de behoefte om te werken aan een andere benadering van de eerste lijn. De commissie is van mening dat het van groot belang is om een goed functionerende eerste lijn te behouden respectievelijk te verkrijgen. Met een generalistische eerste opvang van medische problemen levert het Nederlandse systeem een kwalitatief goede en toegankelijke zorg, die bovendien doelmatig is in vergelijking met andere systemen.

De autonome behoefte aan verandering (naast de genoemde punten van urgentie) komt in het bijzonder voort uit de context van de eerste lijn, die de afgelopen jaren langzamerhand is veranderd. Deze veranderde context uit zich onder andere in de volgende punten:

- patiënten raken steeds beter geïnformeerd over ziektebeelden en de mogelijkheden van het zorgaanbod. Daarnaast worden zij steeds mondiger en wensen/nemen zij meer regie op hun eigen zorgvraag en het bijhorende zorgtraject

- 'dé patiënt' bestaat niet (meer); er zijn groepen patiënten te onderscheiden met ieder hun eigen zorgvraag en ieder hun eigen wensen met betrekking tot de aard en de organisatie van het aanbod. In bijlage 2 wordt een mogelijke indeling van patiëntengroepen beschreven

- er is sprake van een toenemende roep om transparantie in de 'producten' en diensten binnen de curatieve sector; een doelmatige zorgverlening en een duidelijk toegevoegde waarde worden centrale criteria

- de organisatievormen in de eerste lijn schuiven in de richting van grotere samenwerkingsverbanden, zowel binnen als buiten de huisartsdiscipline. Naast huisartsen zijn gezondheidscentra en zorgverzekeraars hierin veelal de initiator

- op sommige plekken in de eerste lijn (met name in de thuiszorg) is sprake van een ver doorgevoerde opsplitsing van taken, waardoor patiënten te maken krijgen met veel verschillende en soms te hoog of te laag gekwalificeerde hulpverleners. Dit is in tegenstelling tot de concentratie van taken bij de huisarts. Dit komt de doelmatigheid van de zorgverlening in de eerste lijn en de arbeidssatisfactie van de hulpverleners niet ten goede

- in het verlengde hiervan spreken zowel de LHV als het NHG de ambitie uit dat de huisarts ook in de toekomst verantwoordelijk is voor de generalistische medische zorg binnen het totaal van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Onder deze ambitie scharen LHV en NHG ook de intake en selectie voor de generalistische medische zorg, waarbij het goed mogelijk is deze taken te delegeren onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Het gaat hierbij niet om specifieke eerstelijnszorgfuncties zoals verloskundige zorg en thuiszorg

- er is sprake van onvoldoende afstemming tussen hulpverleners. Verschillende beroepsgroepen hebben verschillende referentiekaders, waardoor miscommunicatie en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden kan bestaan

- er is sprake van onvoldoende afstemming tussen organisaties. De planning van activiteiten gebeurt doorgaans vanuit het perspectief van de eigen organisatie. Iedere zorgorganisatie probeert voor zichzelf zo efficiënt mogelijk te werken. De flexibiliteit in het bedienen van de meer complexe vraag van de patiënt kan hieronder lijden

- zowel binnen beroepsgroepen als tussen beroepsgroepen en organisaties is sprake van een gebrekkige informatievoorziening, hetgeen de continuïteit van de zorgverlening (bijvoorbeeld bij vervanging of verwijzing) niet ten goede komt

- binnen diverse zorgsectoren worden discussies gevoerd over aanpassing van de financiering van de zorg. Voor de huisartsenzorg heeft de zogenaamde commissie Tabaksblat onder de titel 'Een gezonde spil in de zorg' een rapport opgeleverd over de toekomstige financieringsstructuur. De verschillende zorgactiviteiten kennen ieder een eigen bekostiging, hetgeen de samenwerking niet bevordert. Ondanks het feit dat er inmiddels een aantal regelingen zijn getroffen om hier verbetering in aan te brengen, blijft er behoefte aan flexibilisering van de financiering

- van de zorgverzekeraars wordt steeds meer verwacht dat zij, namens hun verzekerden, zorgen dat er sprake is van een regionaal passende organisatie van het zorgaanbod, waarbij zij doelmatig zorg inkopen.

Zorgverzekeraars hebben een brede zorgplicht, onder andere met betrekking tot de eerste lijn, en moeten vandaar uit hun verzekerden de zorg kunnen bieden waarop zij aanspraak hebben.

De veranderende context én de genoemde urgentie maken het nodig dat op korte termijn wordt gewerkt aan een passend perspectief op de eerste lijn.

3 Uitgangspunten

Een nieuw perspectief op de toekomst van de eerste lijn dient in de ogen van de commissie gebaseerd te zijn op (in ieder geval) de volgende drie uitgangspunten:

Uitgangspunt 1: Vraaggericht

De vraag van de patiënt staat centraal bij de toekomstige organisatie van de eerstelijnszorg. Dit betekent dat het aanbod van zorg dient aan te sluiten bij de specifieke vraag van de patiënt, met kennis van zijn/haar persoonlijke achtergrond en context. In bijlage 3 wordt het uitgangspunt van vraaggerichtheid nader toegelicht.

Uitgangspunt 2: Doelmatig

De toekomstige eerstelijnszorg dient efficiënt gebruik te maken van de beschikbare capaciteiten, zowel waar het gaat om die van de huisartsenzorg als de capaciteit van ondersteunend personeel en andere zorgverleners in de eerste en de tweede lijn. Hierbij is het van cruciaal belang dat er sprake is van een goede taakafbakening, taakdelegatie en protocollering.

Dit uitgangspunt is niet alleen gebaseerd op de toenemende werkdruk en de personele tekorten in sommige sectoren, maar ook op de roep om kwaliteit, transparantie en publieke verantwoording voorzover het gaat om het publieke belang.

Uitgangspunt 3: Functioneel

Bij de modernisering van de eerstelijnszorg dient niet te worden uitgegaan van het bestaande zorgaanbod, maar van een 'functionele' benadering van de zorgverlening. De uitdaging is om zorgfuncties te 'matchen' met de specifieke zorgvragen, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en kosten de criteria zijn. Maatwerk voor de patiënt is het parool.

4 Perspectief

1.1 Hoofdlijnen

De in hoofdstuk 3 genoemde uitgangspunten, vraaggerichtheid, doelmatigheid en functionaliteit, vragen enerzijds om een zo eenduidig mogelijk kader waarbinnen de eerste lijn functioneert en anderzijds om maximale ruimte om binnen dit kader te komen tot afstemming over de uitvoering van de zorgfuncties. Deze afstemming kan leiden tot een regio- of locatiespecifieke invulling van de eerste lijn. De specifieke vraag van de patiënten en de regionale/lokale omstandigheden (inclusief het beschikbare zorgaanbod) zijn hierbij leidend.

Waar tot op heden elke beroepsgroep in de eerste lijn zijn eigen organisatievorm, financiering en samenwerkingsafspraken heeft, dient er in de toekomst gewerkt te worden met één aanspraak op zorg in de eerste lijn. Het gaat hierbij zowel om de 'generalistische' eerstelijnszorg, waaronder de medisch generalistische zorg, als om de specifieke vormen van eerstelijnszorg (bijvoorbeeld verloskundige zorg en psychosociale zorgvormen).

Binnen de 'verstrekking eerste lijn' bestaan er vervolgens verschillende zorgfuncties, die door verschillende beroepsbeoefenaren en/of instellingen kunnen worden uitgevoerd (voor een voorbeeld van een mogelijke uitwerking, zie bijlage 2). Zorgverzekeraars en aanbieders van zorgfuncties maken afspraken over de invulling van en de afstemming en samenwerking tussen de diverse uitvoerende beroepsbeoefenaren. Benchmarking, certificering en onderlinge toetsing in het kader van kwaliteitszorg zijn hierbij behulpzaam. De verzekeraar overlegt in dit perspectief met de zorgaanbieders over hun pakket van zorgfuncties en -producten, afgestemd op de lokale/regionale vraag.

In de praktijk wordt de vraag van de patiënt opgevangen in de eerste lijn en doorgesluisd naar de daartoe meest geëigende zorgverlener. De 'intake' en selectie binnen de eerste lijn zal plaatsvinden door middel van een 'eerste opvang'-functie, die op lokaal/regionaal niveau in overleg tussen verzekeraars en beroepsbeoefenaren wordt ingevuld. De verantwoordelijkheden van verzekeraars en beroepsbeoefenaren dienen eenduidig te worden vastgelegd. Via de geïntegreerde eerste lijn kan de patiënt in beginsel toegang krijgen tot de tweede lijn (specialistische zorg en AWBZ-voorzieningen) en de zogenaamde derde lijn (verpleging en verzorging). Overigens zijn de scheidslijnen tussen eerste en tweede lijn flexibel; er kunnen geïntegreerde zorgeenheden ontstaan met eerstelijns- én tweedelijnszorg.

1.1.1 Richtingen voor de 'verstrekking eerste lijn'

Het kader waarbinnen de eerstelijnszorg functioneert, bestaat uit een samenvoeging van diverse zorgfuncties en de bijhorende beroepsbeoefenaren. Binnen de 'verstrekking eerste lijn' dient sprake te zijn van een goede afstemming tussen hulpverleners en tussen organisaties.

Naar de mening van de commissie dient er voortvarend te worden gewerkt aan het ontstaan van eerstelijnszorgnetwerken, waarbinnen de uitvoering van zorgfuncties kleinschalig (dicht bij de patiënt) kan plaatsvinden. Deze zorgnetwerken dienen enerzijds zo kleinschalig te zijn dat de verschillende zorgverleners elkaar kennen maar anderzijds moet de schaal zo groot zijn dat integrale en continue zorg kan worden geleverd en dat de patiënt voldoende keuzevrijheid heeft. De netwerken, die kunnen (blijven) bestaan uit meerdere

locaties, kunnen flexibel worden ingevuld waarbij de juiste zorg op een passende afstand bereikbaar is voor de patiënt.

Afhankelijk van de lokale/regionale situatie kan een zorgnetwerk bestaan uit bijvoorbeeld gezondheidscentra met een wisselende samenstelling, afgestemd op de behoefte van de patiënten. Zo kan de keuze worden gemaakt om al dan niet de farmaceutische hulpverlening en paramedische en verloskundige zorg te integreren in een centrum. Ook een virtueel samenwerkingsverband tussen meerdere zorglocaties, al dan niet ondersteund door een callcenter, behoort tot de mogelijkheden om het netwerk stevig vorm te geven. Ook het functioneren van deze samenwerkingsverbanden en hun ondersteuningsstructuren (zoals het callcenter) dient aan nader overeen te komen kwaliteitseisen te voldoen.

Overigens is de commissie van mening dat kan worden aangesloten bij, respectievelijk gebruik gemaakt kan worden van ervaringen die op diverse plaatsen in de praktijk worden opgedaan (best practices).

1.1.2 Flexibilisering van zorgaanspraken

Binnen de kaders van de 'verstrekking eerste lijn' dient er ruimte te zijn om te komen tot afstemming over de uitvoering van de zorgfuncties. De commissie is van mening dat, afhankelijk van de lokale of regionale situatie en de specifieke vraag van de patiënten, bepaalde zorgfuncties door andere beroepsbeoefenaren kunnen worden uitgevoerd. Hierdoor ontstaat een flexibilisering van zorgaanspraken. Ter illustratie van de flexibilisering van zorgaanspraken is in bijlage 4 een praktijkschets rondom zorgfuncties opgenomen.

Vooralsnog is de huisartsenzorg de aangewezen voorziening om de medisch generalistische zorgfuncties in de eerste lijn te coördineren en voor een belangrijk deel ook zelf uit te voeren. Het feitelijke huisartsentekort en de mogelijke consequenties daarvan zetten deze voorziening echter onder druk. Een nadere definiëring van generalistische eerstelijnszorg is hierbij nodig.

Binnen de generalistische eerstelijnszorg worden patiënten gediagnosticeerd en behandeld danwel doorverwezen naar andere zorgverleners. De intake van de patiënt kan hierbij plaatsvinden door een 'triage-deskundige', die werkt op basis van werkafspraken tussen en protocollen van verschillende disciplines.

De coördinatie van de eerstelijnszorg (in brede zin, dus inclusief specifieke functies zoals verloskunde etcetera) dient ook in de toekomst een belangrijk punt te zijn bij de inrichting van zorgnetwerken. Op termijn zijn er voor deze coördinatie, de verantwoordelijkheidsverdeling en de uitvoering van de eerstelijnszorg meerdere modellen denkbaar. Deze modellen verdienen nadere uitwerking.

De uiteindelijke keuze van een model en de vormgeving van de eerste lijn komt tot stand op lokaal of regionaal niveau na overleg tussen aanbieders, patiënten en zorgverzekeraars.

1.2 Voorwaarden voor een geïntegreerde eerste lijn

Aan de vormgeving en de werking van een geïntegreerde eerste lijn, zoals hiervoor beschreven is, worden door de commissie een aantal essentiële voorwaarden gesteld:

- de geïntegreerde eerste lijn dient te voldoen aan vastgestelde of nog vast te stellen kwaliteitseisen. De eerstelijnsvoorzieningen zijn gecertificeerd
- binnen de geïntegreerde eerste lijn wordt zorggedragen voor de coördinatie, het overzicht en de continuïteit van zorgverlening
- binnen de eerstelijnsvoorziening bestaan er geformaliseerde samenwerkingsafspraken die zowel procedureel als inhoudelijk van aard zijn
- binnen de geïntegreerde eerste lijn bestaat er duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners. In dit kader dient onder andere op korte termijn een functie-omschrijving van de huisartsgeneeskundige zorg tot stand te komen
- naast deze samenwerkingsafspraken bestaan er monodisciplinaire én multidisciplinaire richtlijnen

- de eerstelijnszorg is voor de patiënt bereikbaar, toegankelijk en beschikbaar binnen redelijke termijnen en afstanden, die worden vastgesteld in onderling overleg tussen aanbieders, patiënten en verzekeraars (binnen de kaders die de overheid daaraan stelt)
- de geïntegreerde eerste lijn dient verantwoording af te leggen over haar functioneren. De verantwoordingstaak van de eerste lijn dient te worden omschreven, inclusief de manier waarop deze taak gestalte krijgt richting de verschillende partijen. Zowel de aanbieders als zorgverzekeraars hebben hierin verantwoordingsplicht. Op basis van deze beschrijving zal worden bepaald welk gedeelte van de verantwoording publiekelijk en welk gedeelte niet-publiekelijk, dus anderszins, gecommuniceerd wordt
- transparantie van de prestaties van de verschillende zorgleveranciers is daarbij cruciaal. Er dient een informatieplicht te zijn richting inkopers/verzekeraars en patiënten/cliënten

- in de contracten tussen de zorgaanbieders en verzekeraars dienen afspraken te worden gemaakt ten aanzien van toegang, kwaliteit (o.a. transparantie en continuïteit), financiering en bereikbaarheid.

5 Acties

De realisering van het geschetste perspectief op de eerstelijnsgezond-

heidszorg vraagt om een aantal acties, dat op korte termijn ter hand moet worden genomen, namelijk:

- creëren van ruimte in de wet- en regelgeving (inclusief de financiering) om het werken met een verstrekking eerstelijnszorg mogelijk te maken
- nader uitwerken van patiëntengroepen (vraag) en mogelijke vormen van zorg in de eerste lijn (aanbod); uitwerken van de functionele omschrijving en producttyperingen van de zorg (ontwikkelen van “product-markt-combinaties”, waaronder de intake- en triagefunctie). In dit kader dient ook de functie van de huisartgeneeskundige zorg te worden omschreven
- stimuleren en gebruiken van praktijken en praktijkvoorbeelden die bijdragen aan de realisering van het geschetste perspectief (best practices)
- opstellen van kwaliteitseisen en richtlijnen voor een geïntegreerde eerste lijn
- verder ontwikkelen en toepassen van, op de geïntegreerde wijze van werken toegesneden ICT
- voorzien in een passende bekostiging van de infrastructuur en de facilitaire ondersteuning van de eerste lijn.

De commissie is van mening dat realisering van dit actieplan een substantiële investering in mensen, middelen en organisatie vereist. Om de slaagkansen van het veranderingsproces te vergroten en er zeker van te zijn dat er systematisch en effectief aan de uitwerking van de actiepunten wordt gewerkt, stelt de commissie voor dat het nieuwe kabinet zo spoedig mogelijk een vernieuwingsorganisatie voor de eerstelijnsgezondheidszorg opzet. Voor de uitwerking van de beschreven acties in deze vernieuwingsorganisatie is het van belang dat de rol en de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen (ZN, NHG, LHV en andere veldpartijen), de patiëntenorganisatie en VWS duidelijk zijn. ZN en LHV zijn bereid om, met een faciliterende rol van VWS, het voortouw in de organisatie van de vernieuwing te nemen.

In deze organisatie kunnen de noodzakelijke voorzieningen worden getroffen voor de ondersteuning en monitoring van het veranderings-proces. Naast de directe kosten, die nodig zijn voor het faciliteren van de reorganisatie (middelen, personeel, communicatie), zullen er volgens de commissie financiële voorzieningen moeten worden getroffen. Deze voorzieningen zijn voor het opvangen van het verwachte huisartsentekort van 20% de komende jaren, de ontwikkeling van ICT en de kosten van de voorgenomen inkomensherijking.

Bijlagen

1. Samenstelling commissie Modernisering Eerste Lijn
2. Indeling patiëntengroepen en zorgvormen
3. Vraaggerichte zorg
4. Praktijkschets van zorgfuncties

Bijlage 1

Samenstelling commissie Modernisering Eerste Lijn

De commissie bestond uit:

- mevrouw H.E. van Baasbank, LHV (lid)
- de heer M.A.J.M. Bos, ZN (lid)
- de heer A.E. Timmermans, NHG (lid)

- mevrouw M.H.A. van Bennekom, NPCF (waarnemer)
- mevrouw G.E.M. Tielen, VWS (waarnemer)
- de heer T.E.D. van der Grinten (voorzitter)
- de heer P. Stevens (secretaris).

Bijlage 2

Indeling patiëntengroepen en zorgvormen

“De patiënt” bestaat niet (meer). In de zorg is sprake van verschillende doelgroepen met verschillende zorgvragen. Het pakket van taken en deskundigheden in de eerstelijnszorg waarover regionaal of lokaal overeenstemming dient te worden bereikt, wordt mede bepaald door de vraag van deze specifieke groepen.

1 Doelgroepen

Door de NPCF worden de volgende doelgroepen onderscheiden:

- ouders en kinderen:

een vertrouwensrelatie met de zorgverlener is van belang, alsmede de generalistische blik die in staat is gezinsgerichte zorg te verlenen

- ouderen:

vaak heeft deze doelgroep behoefte aan een vertrouwde case-manager en goede bejegening. Delegatie van taken naar een praktijkverpleegkundige is acceptabel indien met deze verpleegkundige een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd

- GGZ-cliënten:

zij wensen goede opvang in de eerste lijn, zeker in crisissituaties. Dat kan door de inzet van andere hulpverleners, waarmee de eerste lijn moet worden versterkt

- chronisch zieken:

zij verwachten een begeleidende rol, rekening houdend met de eigen deskundigheid van de patiënt. Verwijzing naar specifieke deskundigen is wenselijk, in samenhang met de kennis van patiëntenverenigingen

- migranten:

zij wensen serieus genomen te worden en willen correct bejegend worden. Belangrijke punten zijn onder andere informatievoorziening over medicijnen, goede toegankelijkheid en informatie over de organisatie van de zorg in de eigen taal

- consumenten:

zij verzoeken vaak om gerichte doorverwijzing of hebben een kortdurende gezondheidsprobleem. De regie van het zorgtraject ligt bij de consument zelf.

2 Vormen van zorg

Naast de genoemde doelgroepen onderscheidt de NPCF in de eerste lijn verschillende vormen van zorg, waarmee bij de organisatie van de zorg rekening moet worden gehouden. Het is niet vanzelfsprekend dat iedere zorgverlener elke vorm van zorg moet kunnen bieden. Dit zou afhankelijk moeten zijn van de gemaakte afspraken in de regio of op lokaal niveau op basis van de zorgvraag.

De volgende vormen van zorg kunnen onderscheiden worden:

- electieve zorg

Deze zorg wordt gegeven op zorgvragen zonder spoedeisend karakter, waarbij het gaat om het raadplegen van de (medische) deskundigheid. Dergelijke zorg is overdag (kantooruren) en incidenteel 's avonds beschikbaar

- chronische zorg

Dit is zorg voor patiënten met een chronische aandoening of die gedurende langere tijd zorg nodig hebben. Het gaat bijvoorbeeld om bewaking van geneesmiddelengebruik, omgang met hulpmiddelen en omgang met de ziekte

- spoedeisende zorg

Ieder moment van de dag kunnen er gezondheidsproblemen ontstaan waarbij snel een adequate diagnose gesteld moet worden en behandeling gestart moet worden. Deze zorg moet 24-uur beschikbaar en toegankelijk zijn.

3 Nadere uitwerking patiëntengroepen en vormen van zorg

De commissie is van mening dat de door de NPCF aangereikte indeling, zoals hierboven beschreven, bruikbaar is maar verdere aanscherping verdient.

Deze aanscherping is nodig omdat de indeling wellicht geen limitatief beeld geeft van de mogelijke categorieën en omdat de categorieën elkaar onderling niet uitsluiten. Zo kunnen patiënten met een chronische aandoening ook incidenteel acute zorg behoeven.

Deze nadere uitwerking dient naar de mening van de commissie onderwerp te zijn van een vervolgtraject, waarin ook de functie-gerichte verstrekking eerstelijnsgezondheidszorg nader wordt ingevuld.

Bijlage 3

Vraaggerichte zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg definieert het begrip vraaggerichte zorg als volgt:

“Een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn/haar verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”

Meer specifiek wordt op aangeven van de NPCF geformuleerd dat patiënten over het algemeen de volgende verwachtingen van de eerstelijnszorg hebben:

- medische deskundigheid en een persoonsgerichte attitude
- onafhankelijkheid en basis voor een vertrouwensrelatie
- adequate informatievoorziening
- goed georganiseerde zorg. Patiënten verwachten 7 maal 24 uur adequate opvang voor hun medische klachten
- patiëntgerichte organisatie van het aanbod
- keuzevrijheid in de zorg (vrije keus van arts) en variatie in het zorgaanbod
- continuïteit van de behandeling. De patiënt verwacht dat de zorgaanbieders de verschillende soorten zorgverlening op elkaar afstemmen, in overleg met de patiënt. Hiervoor is een goede samenwerking tussen hulpverleners en instellingen noodzakelijk.

Bijlage 4

Praktijkschets van zorgfuncties

Als voorbeeld van de functionele benadering van de eerste lijn kan gedacht worden aan het scheiden van het zogenaamde ‘instroommanagement’ en de vraagverheldering.

1 Instroommanagement

De inhoud van de vragen die de beroepsbeoefenaren in de eerstelijns-gezondheidszorg voor zich krijgen, is zeer divers en lang niet alle vragen hebben een directe medisch-inhoudelijke implicatie. Er zijn bijvoorbeeld veel vragen over de organisatie van de gezondheidszorg (“waar kan ik terecht?”), de planning van spreekuren of het verstrekken van algemene gezondheidszorginformatie. Deze vragen zouden bij de ‘instroom’ in het zorgveld beter gemanaged kunnen worden door een filter in te bouwen.

Dit filter dient ervoor te zorgen dat bepaalde ‘oneigenlijke’ vragen (zie boven) niet direct bij de zorgverlener terecht komen en daarnaast dat de juiste zorgvraag bij de juiste zorgverlener terechtkomt.

Zorgverleners worden op deze manier gefaciliteerd om zich optimaal aan hun specifieke deskundigheid te kunnen weiden. De filters kunnen afhankelijk van de lokale en regionale situatie worden georganiseerd door beroepsgroepen zelf (denk aan de huisarts), eventueel via ondersteunend personeel, door de zorgverzekeraar of door andere partijen. In onderling overleg kan tevens bepaald worden of hulpmiddelen zoals een callcenter of Internet worden ingezet.

2 Vraagverheldering

Na de voorselectie van vragen (door het hierboven beschreven filter) vindt de daadwerkelijke medisch inhoudelijke vraagverheldering plaats. Deze vraagverheldering gebeurt door of onder directe

verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Bij voorkeur is dit de huisarts, mits de lokale/regionale situatie (vraag en aanbod) dit toestaat.

In de praktijk kan deze vraagverhelderings-functie vervolgens in onderling overleg tussen zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars, worden uitgevoerd door de huisarts zelf of, onder zijn/haar verantwoordelijkheid door assistentes of praktijkverpleegkundigen.